

授權資料發佈函

患者姓名： _____

本人授權 Northwest Gastroenterology 與下列指定個人代表分享本人的醫療資訊。本人明白本人有權更改有關與下列指定人士分享資訊的意願。然而，本人明白本人有責任以書面形式知會 Northwest Gastroenterology 任何更改。

姓名： _____ 與本人之關係： _____

姓名： _____ 與本人之關係： _____

期限

該人士應能隨時獲取有關資料。

有效期為授權生效日期起計之一年內。

透過勾選以下方框，本人特別授權上列人士可取得本人的醫療資訊或按指示對本人的資料作出更改。

取得下列本人的所有醫療資訊。

預約：

取得預約就診時間、日期、地點及原因。

能預約、更改預約時間和取消預約。

藥物：

能取得正在服食的處方藥之相關資料。

能要求或取消補充相關藥物。

測試結果：(包括但不限於實驗室檢查、放射及病理學診斷結果)

能請求測試結果。

能獲取測試結果。

財務資料：

取得賬單訊息。

可作出付款或安排付款。

簽署及日期 關係： _____